

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N°

313

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 23 Juin 1909, à 1 heure

PAR

CHEVASSU-PÉRIGNY

Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance Publique

DE LA

FRÉQUENCE DE L'APPENDICITE CHRONIQUE

Président : M. RECLUS, professeur

Juges { *MM. CH. RICHET, professeur*
RETTERER, agrégé
CLEY, agrégé

PARIS

ALFRED LECLERC, EDITEUR

19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19

1909

313

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 23 Juin 1909, à 1 heure

PAR

CHEVASSU-PÉRIGNY

Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance Publique

DE LA

FRÉQUENCE DE L'APPENDICITE CHRONIQUE



Président : M. RECLUS, professeur

Juges { MM. Ch. RICHET, professeur
RETTERER, agrégé
CLEY, agrégé

PARIS

ALFRED LECLERC, EDITEUR

19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19

1909

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS.	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHEL
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD
Pathologie chirurgicale.	DEJERINE
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène.	GILBERT
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	CHAUFFARD
	ROGER
	HAYEM
Clinique médicale.	DIEULAFOY
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	ALBARRAN
	PINARD
Clinique d'accouchements	BAR
	WIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGREY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FIANCÉE

*Je dédie ce modeste travail, faible
témoignage de vive affection et
de profonde reconnaissance.*

PRÉFACE

Arrivé au terme de ses années d'étude, c'est avec une très grande joie et une vive émotion que l'on témoigne toute sa reconnaissance aux maîtres que l'on a connus et aimés.

A M. le professeur Reclus, alors chirurgien de l'hôpital Laënnec, appartient le souvenir que j'ai de ma première visite à l'hôpital. J'ai suivi son service comme bénévole, puis j'eus l'honneur d'être un an son externe. Pendant tout le temps que j'ai passé près de lui, je n'ai cessé d'admirer ses très intéressantes leçons cliniques et la précision avec laquelle il enseignait. Aujourd'hui qu'il me fait le très grand honneur de présider cette thèse, je tiens à lui témoigner ma plus profonde reconnaissance pour l'intérêt qu'il m'a toujours porté et à le remercier de bien des précieux conseils dont je me souviendrai dans ma vie médicale.

M. le Dr Barié et M. le Dr Widal, pendant le court stage que j'ai passé dans leurs services, m'ont fait aimer la médecine avec tout son art de précision délicate et de méthode impeccable.

M. le Dr Blum, alors chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, a bien voulu me recevoir comme stagiaire dans

son service pendant quelques mois et j'y ai appris la pratique courante de la chirurgie.

M. le Dr Moutard-Martin, médecin de l'hôpital de la Charité, dans le service duquel j'ai fait ma première année d'externat, m'a appris la médecine pratique acquise par une longue expérience et son tact de clinicien.

M. le professeur Pinard m'a fait aimer l'art des accouchements et j'aurai longtemps le souvenir de ses belles leçons magistrales.

Avec M. le Dr Babinski, médecin de l'hôpital de la Pitié, j'ai appris combien on pouvait apporter d'esprit scientifique et une rigoureuse méthode dans l'étude des maladies nerveuses.

Je quitte trop tôt et avec bien des regrets le service de M. le Dr Comby qui sait rendre si intéressante la médecine infantile et dont j'ai pu admirer la science pratique.

J'adresse aussi à M. le Dr Weinberg mes remerciements très sincères et respectueux pour l'amabilité avec laquelle il m'a aidé de ses précieux conseils dans une étude où ses recherches ont une si grande valeur.

Je tiens à remercier également M. le Dr Châtellier et M. le docteur Hubert de m'avoir facilité l'étude de l'oto-rhino-laryngologie.

DE LA

Fréquence de l'Appendicite Chronique

INTRODUCTION

Depuis quelques années l'étude de l'appendicite chronique a été l'objet de nombreux travaux. Mais la plupart des auteurs se sont presque exclusivement occupés de la clinique ou de la pathogénie. Les recherches histologiques précises ont été faites surtout en France par MM. Letulle et Weinberg, en 1896 ; à leur étude remarquable on a peu ajouté depuis. Avant eux on ne trouve presque rien à ce sujet dans la littérature étrangère. Il faut cependant reconnaître que c'est à Bland Sutton que revient l'honneur d'avoir indiqué l'importance des lésions du tissu réticulé dans les appendicites. Il compare l'appendice vermiforme à une amygdale abdominale : il est composé comme l'amygdale d'un amas de tissu lymphoïde renfermé dans une gaine fibreuse. L'appendicite à rechute est analogue à l'amygda-

lite à rechutes, toutes deux peuvent se terminer par résolution ou par suppuration.

Le 23 juillet 1890, M. Reclus présente à la Société de Chirurgie un *appendice vermiculaire perforé* qu'il a réséqué chez un enfant de quatorze ans atteint d'une péritonite généralisée. A la séance suivante il cite un autre cas de péritonite et rapprochant ce cas du précédent il attribue à l'appendice la cause du mal. En effet après avoir ouvert la collection purulente, il trouve un appendice également perforé. L'opération fut couronnée de succès. Ces faits lui permirent ainsi de proposer l'appendicectomie comme le seul moyen de traitement de l'appendicite. C'est donc à lui que revient l'honneur d'avoir opéré la première appendicite en France.

Dès lors cette maladie, qu'on englobait jadis dans les « coliques du miserere », puis distinguée ensuite sous les noms de typhlite et de pérityphlite, commence à sortir des ténèbres où elle était jusque là plongée. Chaque jour, de nouvelles recherches viennent préciser et éclairer le vaste champ d'investigation qu'elle a suscité, si bien qu'à l'heure actuelle l'étude de l'appendicite est devenue un des chapitres les plus importants de la pathologie abdominale.

En 1892, M. Quénu communique à la Société de Chirurgie les résultats de l'examen histologique d'un appendice, il attribue un rôle important aux follicules lymphatiques dans les ulcérations appendiculaires et montre que l'infection des follicules clos s'effectuait très facilement à ce niveau.

Pilliet et Coste ont eu le mérite de publier les premiers, en France, l'analyse histologique détaillée de 10 cas d'ap-

pendicite. Dans ce mémoire ils étudient seulement la variété d'appendicite appelée par eux « folliculaire » et démontrent le rôle considérable que jouent les follicules lymphatiques dans le processus inflammatoire aigu de l'appendice.

Le 2 décembre 1896, à la Société de Chirurgie, Brun combat la théorie du vase clos du professeur Dieulafoy. Il n'est nullement nécessaire que l'appendice soit clos pour déterminer l'appendicite, laquelle résulte d'une infection de l'organe plus que les autres parties du tube digestif en raison de la richesse de l'appendice en glandes et en follicules clos. Walther et Jalaguier partagent les idées de Brun.

Le 29 janvier 1897, Siredey et Leroy, à la Société médicale des hôpitaux, présentent une étude anatomo-pathologique des plus consciencieuses de 5 cas d'appendicite. Ces auteurs font prévaloir l'importance des lésions folliculaires et indiquent la possibilité de la formation de petits abcès pariétaux de l'appendice qui s'ouvrent directement dans la cavité abdominale.

Le 19 mars 1897, M. Letulle fait connaître à la Société médicale des hôpitaux le résultat de ses études histologiques sur les appendicites. Dans cette communication il précise un point important : dans les appendicites dites folliculaires, les lésions principales portent non seulement sur les follicules, mais sur tout le système lymphatique de l'appendice.

A cette époque MM. Letulle et Weinberg publient une série de recherches dans les *Comptes Rendus de la Société de Biologie* et dans le *Bulletin de la Société anatomique*. Ces recherches précisent ce qui avait été dit jusqu'ici et dès

lors l'anatomie pathologique de l'appendicite est constituée.

Nous avons cru devoir insister sur ce court historique, car il nous montre quelle importance les auteurs ont attaché aux lésions des follicules clos, ce sont les premiers atteints par le processus inflammatoire. La lésion essentielle de l'appendicite c'est la folliculite : celle-ci peut toujours être considérée comme l'altération initiale ; et c'est sur une folliculite chronique antérieure que se greffent toujours les poussées aiguës. (Brun et Letulle.) Sans aucun doute, toute inflammation aiguë peut à l'appendice comme ailleurs se transformer en un processus à marche plus lente, à tendance fibroïde, en un processus chronique. L'appendicite aiguë paraît donc être le plus souvent un accident survenant au cours d'une appendicite chronique : notion capitale au point de vue clinique et thérapeutique, puisque s'il en est ainsi on doit s'efforcer de reconnaître et de traiter l'appendicite avant l'éclosion des phénomènes aigus.

Nous n'avons pas à nous occuper ici de la symptomatologie de l'appendicite chronique, elle a déjà été étudiée ailleurs d'une façon magistrale par Siredey, Comby, Broca et surtout Walther dans les thèses de Rastouil et Wagon ; mais nous sommes en droit de nous demander s'il existe des lésions appendiculaires ne se manifestant par aucun signe clinique appréciable. Nous ne résoudrons pas la question ; nous chercherons seulement quelle peut être la fréquence des lésions appendiculaires chroniques. Sur ce point les auteurs sont encore loin d'être accord : pour les uns cette

fréquence est extrême, pour d'autres et c'est le petit nombre cette fréquence est bien moindre.

Sous l'inspiration de notre maître, le professeur Reclus, nous avons recueilli les principaux documents relatifs à cette question. Nous essayerons, en les mettant en lumière, d'apporter notre modeste contribution à une étude aussi importante et de nous faire une opinion.

Nous avons trouvé peu de documents précis et complets, car les auteurs s'attachant surtout à la symptomatologie et à la pathogénie, se sont peu souciés de l'anatomie pathologique. Ils disent que l'appendicite chronique est extrêmement fréquente et ils ne donnent pas de preuves à l'appui. D'autres font des statistiques, mais ces statistiques portent seulement sur les lésions macroscopiques laissant dans l'ombre les lésions microscopiques. Néanmoins, en réunissant ces diverses opinions et en nous appuyant sur les quelques statistiques précises qui ont été publiées, nous pourrions avoir une idée assez nette sur la question de la fréquence de l'appendicite chronique.

Le problème sera donc en partie résolu si nous arrivons à prouver qu'il existe une forme latente d'appendicite sans phénomène clinique appréciable, beaucoup plus fréquente qu'on ne pourrait le croire.

Cette première tâche accomplie, il en découle naturellement des conséquences pratiques : la connaissance de ces faits obligera le médecin à exiger de la part des sujets « sains » une sévère hygiène alimentaire et générale parce que nous savons que toutes les lésions aiguës se greffent sur un terrain d'inflammation chronique.

Nous diviserons notre travail en quatre chapitres. Dans

le premier nous étudierons l'appendicite chronique trouvée au cours d'autopsies. Nous verrons quel en est le pourcentage d'après quelques statistiques, indication précieuse pour le sujet de notre thèse.

Le second chapitre sera consacré à l'étude de l'appendicite chronique trouvée au cours d'opérations. Nous pourrions à ce propos envisager quelques considérations sur l'ablation systématique de l'appendice au cours de laparotomies.

Dans un troisième chapitre nous classerons les lésions de l'appendice d'après leurs caractères et nous verrons la place importante prise par l'appendicite tuberculeuse.

Enfin le quatrième chapitre sera consacré à la pathogénie de l'appendicite. Nous avons cru devoir ajouter ce chapitre à notre étude, car la multiplicité des causes d'appendicite est en faveur de sa fréquence.

Les conclusions ne seront qu'un résumé succinct des chapitres énumérés ci-dessus, et nous terminerons par quelques réflexions pratiques suscitées par un tel sujet.

CHAPITRE PREMIER

APPENDICITE CHRONIQUE TROUVÉE AU COURS D'AUTOPSIES

« Nous ne partageons pas le dédain de notre collègue, disait le professeur Reclus au professeur Dicufoy à l'Académie de médecine, séance du 5 juin 1906, pour ce qu'il a nommé fort spirituellement « l'appendicite microscopique » et que nous nommons nous *l'appendicite chronique*. Nous ne croyons pas qu'elle doive rentrer dans l'oubli. En effet, les inflammations du vermium montrent parfois à ceux qui les ont laissé refroidir, un appendice libre d'adhérences et d'apparence sain. Mais ne concluons pas à son intégrité d'après cet examen superficiel, car le microscope y révèle des lésions incontestables, cendres mal éteintes qui pourraient rallumer l'incendie.

« Nous invoquons l'autorité de celui de nos collègues qui a peut-être le plus fouillé cette question d'anatomie pathologique : je parle de M. Letulle dont le travail repose sur l'examen de 1.100 appendices.

« Ces « trouvailles histologiques » qu'il décrit si remarquablement, il les regarde comme « la trace indélébile des lésions inflammatoires du passé », elles constituent l'appendicite chronique ; et pour lui comme pour la plupart

des chirurgiens actuels, l'appendicite aiguë quelque grave qu'on la suppose, qu'elle soit de forme perforante ou nécrosante, se développe toujours dans un organe préalablement atteint de lésions chroniques. Et voilà pourquoi « ces trouvailles histologiques » que raille notre collègue ne nous paraissent pas méprisables, et nous eussions désiré qu'on signalât leur présence ou leur absence dans les 11 observations de M. Dieulafoy. »

Voici maintenant la communication très intéressante de M. Letulle à la Société de Biologie, séance du 19 mai 1906.

« Mes recherches, dit-il, ont porté sur 1.400 appendices humaines dont 800 autopsies (pratiquées sur des sujets âgés de plus de quinze ans, ayant succombé à une affection autre que l'appendicite aiguë) et près de 300 pièces opératoires enlevées depuis une dizaine d'années par différents chirurgiens de Paris et de province.

« Mes 800 autopsies se groupent en 400 cadavres tuberculeux et 400 non tuberculeux, ou du moins chez lesquels la tuberculose n'a joué aucun rôle direct dans la cause de la mort. Prises en bloc, ces 800 observations donnaient en moyenne 33 à 35 0/0 de lésions chroniques de l'appendice grossièrement constatables à l'œil nu : adhérences anciennes, sténose, kystes muqueux ou puriformes, oblitération partielle (en ce cas, toujours localisée vers l'extrémité libre de l'organe) ou générale, cicatrices atrophiques déformantes (perforation guérie) ou non, etc.

« En défalquant les 400 cas observés chez des tuberculeux (dont l'appendice paye très fréquemment tribu à la bacillose) on peut estimer à 30 0/0 les appendices visible-

ment lésés chez les non tuberculeux. Or, les appendices réputés sains à l'œil nu ont révélé, dans *tous les cas* étudiés au microscope, la présence pour ainsi dire constante de lésions chroniques disséminées sur une étendue plus ou moins grande de leur muqueuse et de leur sous-muqueuse. De ces appendices soi-disant normaux, je n'ai coupé que 20 à 22 0/0, choisissant tantôt au hasard, tantôt à cause de la maladie aiguë ou chronique ayant occasionné la mort.

« La règle, si je m'en rapporte à mon expérience, peut se formuler ainsi : chez l'adulte, *aucun appendice n'est presque jamais parfaitement sain*. Toujours sur un point quelconque de l'organe, en particulier dans son segment inférieur, les follicules lymphatiques muco, sous-muqueux apparaissent volumineux, épaissis, proliférés, déformés et déformant les glandes en tube. Ils se sont entourés d'une zone de sclérose, reliquat inflammatoire ancien, sans rapport direct avec la maladie terminale...

« Sans chercher d'autres signes diagnostiques plus délicats, moins saisissants, tel que la sclérose intermusculaire, la sclérose sous-séreuse, etc., on peut dire que, dès l'âge adulte, l'appendice possède d'ordinaire amplifiées au maximum, toutes les marques des désordres phlogogènes imposés par la vie aux différents segments du tractus gastro-intestinal.

« En rapprochant ces constatations de l'examen microscopique des 300 appendices opérés qui me furent confiés, j'ai pu établir il y a de longues années déjà que l'appendice aiguë grave : quelle qu'en soit la forme perforante

ou nécrosante, se développe surtout sur un organe préalablement atteint des lésions chroniques.

« En résumé chez l'adulte, tout appendice examiné soit après la mort, soit après ablation chirurgicale, est *presque régulièrement atteint de lésions chroniques* inflammatoires anciennes, banales et communes. En un mot pour l'appendice vermiforme de l'adulte, *un état pathologique chronique est la règle et l'état normal l'exception.* »

De cette étude très intéressante de M. Letulle nous rapprocherons une étude également importante de M. Weinberg faite pendant les mois d'avril et mai 1907, à l'hôpital Sadiki de Tunis et où il eut l'occasion de pratiquer cinquante-deux autopsies d'arabes. La plupart de ces autopsies ont été faites dans de bonnes conditions, le règlement de l'hôpital indigène ne s'opposant pas à ce que l'autopsie soit faite avant un délai de vingt-quatre heures. Les cadavres autopsiés appartenaient soit aux malades morts à l'hôpital, soit aux Arabes indigents décédés chez eux et transportés à l'hôpital pour être enterrés aux frais de cet établissement, soit enfin aux cadavres adressés pour autopsies judiciaires.

« Nous avons été frappé, dit M. Weinberg, de la fréquence des lésions tuberculeuses chez les Arabes. Sur cinquante deux cadavres deux appartenaient à des sujets assassinés chez lesquels nous n'avons pas trouvé de lésions organiques importantes. Sur les cinquante autres nous en comptons trente avec des lésions tuberculeuses. Dans la plupart des cas (26) il s'agissait de tuberculose pulmonaire soit seule, soit associée à des lésions tuberculeuses d'autres organes.

« Disons en passant que nous n'avons pas trouvé chez les Arabes de lésions spéciales aux pays chauds.

« Les appendices que nous avons examinés ont présenté *presque tous* des lésions très marquées.

« Nous avons vérifié par l'examen histologique les lésions tout à fait insignifiantes et que nous considérons comme appendices normaux; quarante-deux ont montré au microscope des modifications très importantes.

« Nous répartissons ces quarante-deux appendices d'après leurs lésions de la façon suivante :

Appendicite chronique	9 cas
Appendicite chronique avec lésions du péri-appendicite	5 cas
Appendicite suraigue avec placards de congestion.	4 cas
Appendicite chronique atrophique	6 cas
Appendicite chronique ulcéreuse	4 cas
Appendicite ulcéreuse	4 cas
Péri-appendicite tuberculeuse	9 cas
Appendicite chronique avec un nodule tuberculeux du méso-appendice	1 cas

« Etant donné la fréquence de la tuberculose chez les Arabes, nous n'avons pas été étonné de trouver chez eux des cas d'appendicite tuberculeuse. On sait en effet que cette forme d'appendicite est aussi très fréquente chez les phtisiques en Europe.

« Nous avons également trouvé très souvent des lésions d'appendicite chronique sous toutes ses formes, compliquées ou non des lésions péri-appendiculaires.

« Dans huit cas l'appendice présentait une oblitéra-

tion plus ou moins prononcée de son canal ; dans un cas il était complètement oblitéré sur toute sa longueur ».

Voici le tableau très instructif dressé par M. Weinberg et où est indiqué avec l'âge et la cause de la mort, l'état de l'appendice des cinquante-deux Arabes autopsiés.

Etat de l'appendice à l'autopsie de 52 Arabes

N ^{os} d'ordre	Sexe	Age	Maladie	Lésions de l'appendice
1	Masc.	26	Tuberculose pulm.	Appendicite ulcéreuse.
2	id.	30	Péritonite et entérite tuberculeuses.	Appendicite chron. atroph.; oblitér. de l'extrémité libre.
3	id.	21	Occlusion intestin.	Polype de la muqueuse.
4	id.	50	Phlegmon de la nuque.	Nodule tuberc. méso-append. Oblit. de l'extrémité libre.
5	Fémin.	40	Tuberculose pulm.	Oblitération à 12 m/m de l'extrémité libre.
6	Masc.	60	Tuberculose pulm.	Péri-appendicite tuberc. Oblitération de l'extrémité libre.
7	id.	20	Tuberc. pulm. et trachéo-bronchique.	Péri-appendicite chronique non tuberculeuse.
8	id.	40	Gangrène pulmon.	Appendicite chronique.
9	id.	60	Tuberculose pulm.	Appendicite ulcéreuse tuberculeuse.
10	id.	20	Ostéomyélite du fémur.	Appendice normal.
11	id.	45	Tuberculose pulm.	Appendicite ulcéreuse tuberculeuse.
12	id.	40	Paludisme chronique.	Appendicite chronique avec petites adhérences.
13	id.	24	Tubercul. pulm. et péritonite tuberc.	Péri-appendicite tuberculeuse.
14	id.	32	Tuberculose pulm.	Appendicite chronique atrophique.
15	id.	34	Tuberculose pulm.	Appendicite subaiguë.
16	id.	40	Etranglement herniaire.	Appendicite ulcéreuse.
17	id.	31	Cirrhose hypertrophique du foie.	Appendicite oblitérante: oblitér. à 12 m/m de l'extr. libre.
18	Fémin.	70	Cancer du sein.	Appendicite subaiguë avec foyers hémorragiques.
19	Masc.	24	Tuberculose, péritonite tuberculeuse.	Péri-appendicite tuberculeuse.
20	Fémin.	20	Tuberc. pulm. chez une vieille syphil.	Appendicite chronique.
21	Masc.	20	Tuberculose pulm.	Appendicite chronique.
22	id.	70	Rétention d'ur. par hyp. de la prostate	Adhérences de l'extrémité libre de l'appendice.
23	id.	40	Pneumonie franche aiguë.	Appendicite chronique.
24	Fémin.	40	Tuberculose pulm.	Appendicite subaiguë.
25	id.	20	Brûlures étendues et tétanos.	Adhérences de la partie supérieure de l'appendice.
26	id.	35	Tuberculose pulm.	Appendice normal.
27	Masc.	25	Tuberculose miliaire généralisée.	Append. chronique; rétréc. de la cavité appendiculaire.

Etat de l'appendice à l'autopsie de 52 Arabes (Suite)

N ^{os} d'ordre	Sexe	Age	Maladie	Lésions de l'appendice
28	Masc.	47	Kyste hydat. du foie. Granulis tubercul.	Appendicite et péri-appendicite chronique.
29	id.	30	Tuberculose pulm. et intestinale.	Appendicite tuberculeuse.
30	id.	35	Tubercul. pulm. et péri- tubercul.	Append. chronique atroph. ; péri-appendicite tubercul.
31	id.	22	Tubercul. pulm. et tubercul. mésent.	Appendicite chronique ; foyers hémorragiques.
32	id.	30	Hernie étranglée.	Appendicite chronique.
33	id.	40	Tuberculose rénale.	Append. atroph. chron. ; dilatation de la moitié inférieure.
34	id.	30	Tuberculose pulm.	Appendicite chronique atrophique.
35	id.	20	Tuberculose pulm.	Appendicite chronique atrophique.
36	id.	30	Assassiné.	Oblitération de l'extrémité libre.
37	id.	40	Assassiné.	Append. chron. atroph. avec oblitér. de l'extrémité libre.
38	id.	46	Pneumonie.	Tuberculose appendiculaire.
39	id.	30	Tuberculose pulm.	Append. subaiguë avec foyers hémorragiques.
40	id.	60	Tubercul. pulm. et intestinale.	Oblitération totale de l'appendice.
41	id.	40	Tuberculose pulm.	Append. chron. ; oblitérat. à 5 m/m de l'extrémité libre.
42	id.	30	Cirrh. paludéenne.	Nodule tubercul. sous-péritonéal ; appendicite chronique.
43	id.	30	Anévr. de l'aorte (rupture).	Appendicite chronique atrophique.
44	id.	45	Tubercul. pulm. cystite et prostatite tuberculeuse.	Appendice normal.
45	id.	30	Tuberculose pulm.	Péri-appendicite tuberculeuse.
46	id.	45	Ulcère du duodénum.	Appendicite chronique ulcéreuse.
47	Masc.	35	Pneumonie.	Appendicite ulcéreuse.
48	id.	32	Tuberculose pulm.	Appendicite chronique et adhérences anciennes.
49	id.	37	Cirrhose du foie.	Appendicite oblitérante : péri-appendicite chronique.
50	id.	60	Rétention d'urine.	Oblit. des huit derniers millimètres de l'extrémité libre.
51	id.	60	Pneumonie.	Appendice normal.
52	Fémin.	20	Tuberculose pulm.	Appendicite chronique avec adhérences.

A ces études très précises de Letulle et Weinbeg, nous pouvons en ajouter d'autres où le pourcentage n'est pas indiqué, mais dont les conclusions donnent néanmoins d'utiles renseignements. O. Kukula de Prague a examiné 141 appendices dont 115 recueillis aux autopsies de l'Institut anatomo-pathologique du professeur Hlava et de l'Institut du professeur Reinsberg et 22 extirpés dans les opérations d'appendicite aiguë ou chronique. D'après les examens anatomo-pathologiques, *presque tous les appendices* de l'homme, ceux de la première enfance excepté, *sont atteints d'inflammation chronique* et les *appendicites aiguës* montrent également *toujours* des *signes d'inflammation chronique*. Ces inflammations chroniques restent pour la grande majorité des cas latentes pendant toute la vie, elles sont la cause primaire des inflammations ou des accès aigus. L'action bactérienne ne se fait rentrer qu'en second lieu par exacerbation insignifiante des inflammations chroniques. D'après 34 examens d'appendices oblitérés, l'auteur pense que les processus oblitérants ne sont dans tous les cas que les dernières phases des processus inflammatoires chroniques persistants.

Après étude histologique de 119 cæcums, l'auteur conclut que le cæcum des adultes présente presque constamment des signes d'inflammation chronique ; cette inflammation prend naissance dans les follicules ou la muqueuse.

Elle se caractérise par la dilatation des espaces interglandulaires, l'infiltration cellulaire de la muqueuse, l'hypertrophie chronique des follicules et la prolifération des éléments de la sous-muqueuse. Ces inflammations aboutissent souvent dans la vieillesse à des processus atrophiques et

dans des cas rares sont à l'origine des typhlites stercorales subaiguës, jusqu'à présent contestées.

Le 9 janvier 1907 Oberndorfer, à la Société belge de Chirurgie, ne fut pas moins affirmatif sur la fréquence des lésions chroniques d'appendicite. Il a fait au cours de 600 autopsies l'examen de l'appendice et il a constaté que *presque toujours* l'appendice finissait par s'oblitérer, cette oblitération est un phénomène dû à l'inflammation chronique interstitielle. « Par conséquent, conclut-il, on peut enlever l'appendice au cours des opérations abdominales chaque fois que l'on pourra le faire, sans augmenter les dangers courus par le malade. »

D'autres auteurs ont protesté contre l'affirmation qui tend à dire que tous les appendices sont malades. Ainsi Tuffier a publié un mémoire dans lequel il a étudié la question de la fréquence de l'appendicite. Il examina « soigneusement » l'appendice de la région iléo-cæcale et « se débarrassant de toute cause d'erreur » il a trouvé environ 20 0/0 d'appendices antérieurement malades.

Nous ne pouvons passer sous silence dans ce chapitre l'étude très intéressante de M. Weinberg sur l'appendicite chez les singes anthropoïdes.

« L'étude systématique des appendices de tous les chimpanzés morts à l'Institut Pasteur, dit-il, nous a montré que cette affection se rencontre souvent chez les anthropoïdes dont l'appendice, en général plus long que celui de l'homme, présente une structure presque identique à celle de l'appendice humain.

« Nous avons observé 10 cas d'appendicite au cours de 61 autopsies de chimpanzés.

« Trois chimpanzés présentaient des lésions d'appendicite aiguë ulcéreuse ; chez l'un d'entre eux, on observait en même temps des lésions chroniques avec adhérences péri-appendiculaires. Le quatrième était atteint de lésions d'appendicite suraiguë. Enfin 7 autres chimpanzés présentaient des lésions d'appendicite chronique, avec de vieilles adhérences, soit au péritoine, soit au petit bassin, soit à celui du rectum.

« En réalité l'appendicite chez le chimpanzé est encore plus fréquente, car nous avons souvent constaté des lésions chroniques dans les appendices qui, à l'examen microscopique, paraissaient absolument indemnes ; nous avons déjà fait chez l'homme des constatations analogues lors de nos premières recherches sur l'appendicite »

Enfin M. Weinberg affirme — coupes à l'appui — que sur 120 chimpanzés et quelques gorilles autopsiés par lui *l'appendice présentait toujours des lésions chroniques identiques à celles de l'homme et visibles toujours au moins au microscope.*

L'on voit d'ici l'intérêt qu'il y a à rapprocher ces faits et à dire que *l'appendicite chronique est relativement aussi fréquente chez l'anthropoïde que chez l'homme.*

CHAPITRE II

APPENDICITE CHRONIQUE TROUVÉE AU COURS D'OPÉRATIONS

« A vous de justifier vos opérations, messieurs les chirurgiens » disait le professeur Dieulafoy en 1906, à l'Académie de médecine, lors de la célèbre discussion sur les rapports de l'appendicite avec l'entéro-colite muco-membraneuse. Certes voilà une question du plus haut intérêt, Les chirurgiens ont-ils à se reprocher des interventions inutiles ? Nous avons déjà fait entrevoir dans un premier chapitre la fréquence extrême de l'appendicite chronique vu la proportion considérable d'appendices tarés trouvée aux autopsies d'individus morts d'une affection quelconque. Mais il nous reste encore un point intéressant à étudier : chez les individus opérés quelle est la proportion d'appendices malades, les chirurgiens ont-ils enlevé à tort des appendices « sains » chez des gens simplement atteints d'entéro-colite par exemple ? Si nous arrivons à montrer que les opérations pratiquées n'étaient pas inutiles, nous pourrons répondre avec le professeur Reclus : « Ce n'est pas pour guérir la typhlo-colite que nous extirpons l'appendice, mais pour soustraire le malade atteint d'appendicite concomitante aux méfaits de cette appendicite. C'est contre la

seule appendicite que nous agissons, et si avec M. Dieulafoy nous plaignons les « balafres de Plombières et de Châtel-Guyon » de souffrir encore de leurs spasmes intestinaux, nous nous séparons de notre collègue pour les féliciter chaudement de n'être plus grâce à l'appendicectomie sous le coup des catastrophes toujours à craindre avec l'appendicite. »

Il est arrivé fréquemment à beaucoup de chirurgiens de trouver un appendice malade au cours d'interventions pratiquées pour une toute autre cause, chez les sujets qui n'avaient présenté aucun signe clinique appréciable d'appendicite. C'est ce qui a déterminé plusieurs d'entre eux à enlever d'une façon systématique l'appendice au cours des laparotomies. Les chirurgiens américains nous ont devancé sur ce point : depuis bien des années un grand nombre d'entre eux font de parti pris la « prosphysectomie ». Ce sont Mac-Burney, Delbohl, Morris, William Bull à New-York ; Morphy et Steele à Chicago ; Da Casta à Philadelphie ; Gabor, Gdhurson à Washington ; Edwir Richetts, tous convaincus que l'appendice est une dangereuse portion du tube digestif, que c'est un facteur de troubles pour l'individu qui en est porteur, qu'il est « comme une torpille et qu'on ne sait jamais quand il sautera ».

En France on s'est mis lentement à faire d'une façon systématique la recherche de l'appendice. A peine a-t-on parlé de la résection de parti pris au cours des laparotomies laissant entrevoir qu'en matière de prophylaxie l'idéal serait de pouvoir pratiquer cette opération chez l'enfant, comme dans le culte israélite on enlève le prépuce, que de nombreux chirurgiens ont protesté :

« Bientôt, dit Delbert, l'appendice sera mal porté, on exigera des candidats aux écoles et aux places du gouvernement un certificat d'appendicectomie en même temps et au même titre qu'un certificat de vaccin. »

« L'affection n'est pas assez fréquente, dit Monod, l'enfant n'y est pas exposé d'une façon tellement fatale que l'on puisse se considérer comme autorisé à pratiquer une opération dont la bénignité n'est pas absolue. »

Certes nous n'irons pas jusqu'à dire que nous devons tous nous faire enlever l'appendice, mais du moins chaque fois que l'occasion se présente profitons-en pour supprimer un organe dangereux.

Voyons maintenant d'après les études de différents auteurs les preuves en faveur de l'appendicectomie systématique.

D'après Reuben Peterson sur 200 cas d'appendices enlevés au cours des laparotomies l'examen histologique donne la statistique suivante :

<i>Appendices sains</i>	65	
<i>Appendices douteux :</i>		
Hyperplasie du tissu lymphoïde	}	41
Dilatation et rétrécissement du canal appendiculaire		
Hypertrophie du tissu conjonctif.		
<i>Appendices enflammés chroniquement :</i>		
Inflammation catarrhale	}	57
Ulcération et atrophie de la muqueuse		
Atrophie du tissu lymphoïde		
Prolifération du tissu conjonctif		
<i>Lésions inflammatoires :</i>		
Ancienne	28	}
Aiguës	6	
Péri-appendiculaires	3	
		94

L'auteur tire de son étude les conclusions suivantes :

1° Lorsque l'appendice est adhérent aux annexes, il est presque toujours altéré ;

2° Les déformations de l'organe n'impliquent pas une lésion de l'organe ;

3° La présence de concrétions fécales (8 0/0 des cas) ne prouve pas que l'appendice soit malade ;

4° Environ 50 0/0 des malades atteintes de lésions annexielles chroniques présentent un appendice malade ;

5° Lorsque des adhérences existent l'appendice est altéré dans plus de la moitié des cas ;

6° Chez les malades atteintes de fibro-myomes utérins l'appendicite existe dans 50 0/0 des cas ;

7° Dans les kystes de l'ovaire on a trouvé de l'appendice atteint 70 fois sur 100.

La statistique de Clark de Philadelphie donne les lésions suivantes :

Appendice normal.....	26
Péri-appendicite.....	39
Appendicite catarrhale.....	18
Appendicite chronique.....	13
Appendicite oblitérante.....	8
Appendicite aiguë.....	4
Hyperplasie des éléments lymphoïdes.....	2
Appendicite subaiguë.....	3
Concrétions fécales dans l'appendice.....	5
Appendicite interstitielle.....	1
Carcinome primitif de l'appendice.....	1
Atrophie de la muqueuse par torsion.....	1
Constriction due à un appendicite antérieur ...	1
Conclusion : 20 0/0 d'appendices normaux.	

Pujos dans sa thèse nous dit qu'en suivant les laparoto-

mies pratiquées par le professeur Lejars il lui a été permis de constater que dans la *grande majorité des cas* l'appendice présentait des *lésions d'inflammation chronique* ou des malformations. Il relate 24 observations de laparotomie où l'on a trouvé l'appendice malade.

Delagenières, Barnsby et bien d'autres ont cité des cas très nombreux de lésions de l'appendice et de lésions annexielles coexistantes.

Le 20 janvier 1904, M. Guinard à la Société de chirurgie a insisté sur les erreurs de diagnostic causées par les douleurs d'origine appendiculaire. Cette appendicalgie serait due à une appendicite chronique. Résumons les faits en quelques mots :

Hernies douloureuses et appendicalgie : 4 observations ;
Fibromes utérins et appendicalgie.

Sur 42 malades opérées de fibromes, 18 se plaignaient de douleurs abdominales. Sur ces 18 malades, 12 fois l'appendice était en cause. On enlève un appendice malade chez une femme opérée déjà pour un fibrome douloureux, Dans 6 nouvelles observations de fibrome douloureux on trouve un appendice plus ou moins lésé contenant des boulettes fécales baignant dans du pus et une véritable folliculite ulcéreuse avec des placards hémorragiques et un cordon fibreux avec de petits kystes fermés.

Kystes de l'ovaire et appendicalgie : 2 observations ;
Salpingite et appendicalgie.

Rein mobile et appendicalgie. — M. Guinard voit revenir des maladies opérées antérieurement d'un rein droit mobile et nullement soulagées par la néphropénie.

Il existe une appendicite.

Prolapsus utérin et appendicalgie. — C'est une malade opérée en 1903 d'un prolapsus avec symptômes douloureux. Pas d'amélioration. On enlève l'appendice. Guérison.

Métrite et appendicalgie. — Deux observations.

Voici en somme toute une série d'affections douloureuses du ventre qu'on ne devrait jamais examiner cliniquement sans penser à l'appendicalgie possible : la dysménorrhée et les métrites douloureuses des jeunes filles, la grossesse douloureuse, les déviations utérines, les prolapsus utéro vaginaux, les grandes névralgies pelviennes : reins mobiles douloureux, ovaires scléro-kystiques, tumeurs utérines douloureuses, les hernies douloureuses crurales, inguinales, ombilicales, les coliques hépatiques et néphrétiques, les gastralgies avec dilatation de l'estomac et vomissements fréquents, les dyspepsies et cette fameuse entéro-colite dont on abuse, l'entéroptose et toutes les ptoses douloureuses dont on abuse aussi.

« La multiplicité de mes observations, dit M. Guinard, montre tout au moins qu'il n'est pas inutile de répéter de haut que l'appendice chroniquement malade donne fréquemment des symptômes douloureux qui peuvent en imposer dans toutes les affections douloureuses de l'abdomen. »

Voici deux observations publiées dernièrement (1) par M. Guinard et qui viennent à l'appui de ce que nous venons de dire.

Voici d'abord notre première malade, une cuisinière de quarante-cinq ans qui entre le 4 octobre dans mon service

1. Guinard. Les appendicites méconnues, *Journal des Praticiens*. 1908, p. 819,

pour des douleurs abdominales. Elle a toute une histoire chirurgicale. En 1901 à Poitiers, on a dû extraire de son utérus un fœtus mort, et, l'année suivante, son ventre a commencé à grossir. En même temps survinrent des crises nerveuses accompagnées d'un peu d'adynamie, d'un peu d'anorexie et de quelques douleurs abdominales. Pendant cinq ans la malade subit des traitements divers et inefficaces. Son état empire, ses douleurs sont plus vives, elles siègent dans tout l'abdomen ; l'adynamie devient de plus en plus profonde, l'anorexie presque complète ; enfin après trois semaines passées au lit, elle entre à la Charité dans le service de Tillaux, qui diagnostique un kyste de l'ovaire et l'opère.

Trente-cinq jours après l'opération, elle quitte l'hôpital guérie de son opération mais conservant pourtant quelques douleurs abdominales et une constipation opiniâtre.

Deux ans plus tard elle revient à la Charité, se plaignant que ses douleurs abdominales l'empêchent de marcher. Lui trouvant une éventration, le chirurgien attribue les douleurs à cette éventration et l'opère pour cet accident.

Après cette nouvelle intervention, elle continue à souffrir légèrement dans le ventre ; elle est très constipée, n'allant à la selle que grâce à des lavements ou à des laxatifs. Cet état dure jusqu'au 3 octobre dernier. Dans la soirée vers 9 heures, elle est prise d'une douleur extrêmement vive dans tout l'abdomen, si vive qu'elle a une syncope. Pendant toute la nuit suivante, elle vomit un liquide jaunâtre avec quelques filets de sang. On la transporte à l'Hôtel-Dieu le lendemain.

A son arrivée, nous constatons un léger ballonnement de l'abdomen avec une douleur intense très nettement localisée au point de Mac Burney.

La défense musculaire est manifeste. Température 38°3.
Etat général assez satisfaisant.

Le diagnostic d'appendicite me paraît indiscutable et la malade est mise au traitement habituel.

Intervention à froid. On trouve l'appendice très long, avec un méso graisseux d'un centimètre d'épaisseur. Une adhérence solide retenait l'extrémité de cet appendice à la paroi pelvienne. Les parois sont arborisées : à la coupe, elles sont épaisses, sclérosées, couvertes de plaques hémorragiques ; il contient dans toute son étendue, des matières fécales liquides.

Voici la seconde malade. Il s'agit d'une femme de vingt-neuf ans ; elle est entrée à l'hôpital pour des douleurs dans le ventre le 11 novembre 1908. Elle souffre, dit-elle, depuis six ans. Après un accouchement elle eut des pertes rouges très abondantes qui durèrent pendant trois ans. Ces pertes étaient à peu près continuelles et lorsque, par hasard, elles cessaient elles étaient remplacées par des pertes blanches ou jaunâtres. Elles s'accompagnaient de douleurs abdominales, plus intenses à droite qu'à gauche et de fièvre.

« En 1905 ayant eu une crise douloureuse plus violente elle vint à l'Hôtel-Dieu dans un service voisin. On diagnostiqua une annexite qui fut traitée par le repos et la glace. A la suite de plusieurs autres crises de même nature et traitée de la même façon, elle fut opérée en avril 1906 dans le service de M. Le Dentu, par M. Maucclair qui enleva les annexes des deux côtés.

L'intervention sanglante ne guérit pas la malade. Quinze jours après l'opération, elle fut prise de nouveau de douleurs abdominales très vives, suivies de vomissements et de fièvre. On lui dit alors qu'elle avait une appendicite et elle fut traitée par la méthode ordinaire (repos et glace sur le ventre).

Peu de temps après elle quittait l'hôpital ayant toujours quelques tiraillements dans l'abdomen.

Depuis elle n'a pas cessé de souffrir de douleurs intermittentes et paroxystiques s'accompagnant parfois de vomissements.

Une semaine avant son entrée dans le service, elle sentit une douleur très vive dans tout l'abdomen, il était, dit-elle, à peu près 4 heures du soir et elle s'est mise à vomir un liquide jaune verdâtre. Au bout de trois jours, les douleurs avaient cessé grâce au traitement habituel. Ce mieux n'a pas duré. La veille du jour de son entrée, elle a été prise dans la soirée de douleurs encores plus vives, siégeant dans tout l'abdomen avec une prédominance marquée dans la fosse iliaque droite, irradiant vers la région lombaire et la cuisse droite, s'accompagnant de vomissements bilieux qui ont duré toute la nuit et la matinée suivante, nécessitant enfin son transport à l'hôpital :

Nous l'avons trouvée dans l'état suivant :

C'est une femme un peu grasse dont l'état général paraît satisfaisant. Pas d'altération du facies.

Le ventre est un peu ballonné ; il est douloureux à la palpation. Le point de Mac Burney est très douloureux à la pression. Il y a de la défense musculaire empêchant la palpation profonde.

Pas d'hypéresthésie cutanée.

La malade accuse une constipation opiniâtre elle, ne va à la selle que grâce à des lavements.

La température est de 38 degrés ; le pouls est plein, bien frappé. On fait alors le diagnostic d'appendicite et la malade est mise au traitement habituel : repos, glace, opium.

Opération. — L'appendice était adhérent dans toute sa lon-

gueur en position retro-cæcale. Les parois sont épaissies et sclérosées à la coupe. Pas de corps étrangers, mais lésions macroscopiques très nettes de la muqueuse.

Comme on le voit d'après ces deux observations il s'agissait bien là d'appendicite chronique. Si au cours des laparotomies antérieures on avait enlevé l'appendice, on aurait épargné à ces deux malades les graves dangers d'une crise aiguë d'appendicite et les risques d'une nouvelle intervention.

Le 19 mars 1908, à la Société de Gynécologie de Dresde, Stephen montre trois appendices macroscopiquement sains, enlevés au cours d'opérations gynécologiques. Le premier a une muqueuse intacte, mais le tissu sous-muqueux et les follicules sont infiltrés, il y a folliculite; sur le deuxième, on voit que la muqueuse est ulcérée par place, l'infiltration sous-muqueuse est très avancée et s'étend à travers la musculature jusque près de la séreuse; sur le troisième, les lésions sont encore plus avancées. Ces exemples prouvent que l'aspect macroscopique de l'appendice au cours des laparotomies pour peu qu'on ait le moindre soupçon sur son intégrité engage à l'ablation.

Goldberg est partisan de l'ablation aussi fréquente que possible de l'appendice; à la moindre lésion macroscopique coudure, adhérence, épaississement et même sans lésion appréciable, lorsque le passé clinique du malade indique la possibilité d'une appendicite antérieure, il faut l'enlever pourvu que la prolongation de l'acte opératoire ne soit pas préjudiciable au malade. Il n'a jamais eu à regretter d'avoir enlevé l'appendice et souvent il a eu à s'en

féliciter ; lorsque par exemple une opérée est prise, plus ou moins longtemps après l'opération de troubles intestinaux, de douleurs, de phénomènes de colite, le fait de savoir que l'appendice enlevé ne peut pas être en cause lui donnait une sécurité qu'il n'aurait pas eu sans cela.

Telles sont les preuves en faveur de l'ablation systématique de l'appendice au cours des laparotomies.

Certains chirurgiens cependant ont protesté en disant que tous les appendices ne sont pas malades. Et M. Quénu s'exprime ainsi à la Société de Chirurgie dans la séance du 15 juillet 1908 : « J'ai enlevé, dit-il, un certain nombre d'appendices sains au cours de laparotomies pour affections utéro-annexielles ; ces appendices ont été débités en coupes depuis l'insertion cæcale jusqu'à l'extrémité ; un grand nombre ne présentaient aucune lésion, ni des follicules clos, ni de l'épithélium. Je ne puis donc admettre qu'on affirme la constance des lésions dans tous les appendices. »

Il nous reste maintenant à « justifier » les opérations des autres chirurgiens et nous nous appuierons sur l'autorité de Cornil qui a déjà répondu à cette question dans la séance du 6 juin 1906 à l'Académie de médecine.

« Je désirerais, dit Cornil, faire apprécier les difficultés de diagnostic de l'appendicite et réhabiliter ce que M. Dieulafoy appelle un peu dédaigneusement de l'appendicite macroscopique. »

Après avoir étudié l'inflammation appendiculaire du voisinage et l'identité de structure du vermium et du cæcum, Cornil continue : « J'ai examiné des centaines d'appendices enlevés par des chirurgiens, *aucun d'eux n'était normal*. Nombreux sont les cas d'appendicite muqueuse

et glandulaire. On observe une leucocytose abondante entre les glandes en tube et dans le chorion de la muqueuse. Les leucocytes pénètrent dans la lumière des glandes en tube, passent entre les cellules cylindriques du revêtement ; de la muqueuse. Les follicules clos sont très volumineux ils peuvent former par leur réunion, une couronne ininterrompue à la base de la muqueuse. Dans cette variété d'appendicite commune, l'examen à l'œil nu est presque négatif : augmentation à peine sensible du volume du vermium, congestion légère à sa surface.

« Avec ces lésions si peu apparentes à l'œil nu l'inflammation peut revêtir la plus haute gravité. Il suffira que les lymphatiques, si nombreux dans la muqueuse portent à la surface du péritoine ces mêmes leucocytes accompagnés de microbes infectieux. Les préparations histologiques sont alors très démonstratives en nous montrant les vaisseaux lymphatiques dilatés, pleins de globules blancs et de microbes. Examinons maintenant les appendicites chroniques. Sur un appendice enlevé après plusieurs crises douloureuses antérieures, on trouve des coupes normales, d'autres où la muqueuse a disparu et la cavité de l'appendice comblée par du tissu fibreux. On constate autant de retrécissements cicatriciels que de coliques appendiculaires observées pendant la vie du malade.

« Les oblitérations partielles ou totales de la cavité ne mettent nullement à l'abri du retour d'accidents aigus dont l'un peut être mortel. On peut observer la destruction complète des glandes en tube, la disparition absolue des follicules clos ou l'un d'eux transformé en un petit abcès microscopique. L'appendice est souvent le siège de

granulations et d'ulcérations tuberculeuses. Les symptômes appendiculaires passent inaperçus ou ne sont pas recherchés dans l'ensemble des phénomènes généraux et locaux éprouvés par les malades . »

Enfin dans la séance du 7 mai 1907, à l'Académie de médecine, M. Richelot a donné de très intéressantes considérations sur la fréquence des lésions appendiculaires et en particulier de l'appendice chronique. Là encore sont justifiées les opérations et les chirurgiens n'ont rien à regretter. Pour terminer ce chapitre, nous laisserons la parole à M. Richelot qui saura bien mieux que nous et d'une façon beaucoup plus éloquente, mettre en lumière les idées que nous défendons.

« La fréquence de l'appendicite nous paraît extrême aujourd'hui, autrefois elle n'était pas beaucoup moindre ; fréquence dont la pathogénie rend bien compte, en nous faisant voir comment l'infection de l'appendice est et doit être une maladie banale et toujours imminente, qui a servi chez nos pères et qui de longtemps encore ne se laissera pas oublier.

« Devant l'appendicite chronique, quel domaine vague et sans limites précises ne voyons-nous pas s'étendre, où jadis elle ne semblait tenir aucune place, où maintenant elle règne et s'impose ! Le fait est que son obscurité même a longtemps permis et permet encore de la confondre avec les affections, souvent mal définies de l'appareil génital et de l'intestin. N'exagérons rien, mais disons sans hésiter : 1^o A une certaine époque, bien des femmes ont été accusées de lésions génitales, qui n'avaient que des troubles intestinaux ; 2^o bien des troubles intestinaux

avaient, pour cause ignorée l'appendicite chronique. Ces erreurs d'interprétation nous donnent à penser que si elle nous paraît aujourd'hui plus fréquente, c'est que nous y pensons davantage, et que nous la cherchons, alors même qu'elle se dissimule sous des apparences trompeuses et évolue sans fracas. »

Appareil génital. — J'ai la certitude que l'appendicite dans ses formes chroniques et larvées a été la cause innocente de bien des excisions d'ovaires. On sait comme certains chirurgiens ont eu la laparotomie facile contre les ovaires polykystiques ; si bien qu'ils publiaient de longues séries d'opérations bénignes, où ils étudiaient « l'ovarite » et la « périovarite », — quelques adhérences légères — et notaient les grandes douleurs que produisent les petites lésions. Pour ma part j'accorde qu'à nos débuts, alors que ces questions étaient neuves, nous avons tous fait quelques faux pas. J'ai su très vite qu'il fallait laisser tranquille les ovaires scléro-kystiques sauf les cas de localisation parfaite, de fixité, de longue durée et de forme paroxystique de la douleur. Or, dans un cas qui n'appartient pas à mes débuts et justement à cause de ces signes, il m'est arrivé d'enlever un ovaire droit sans aucun succès thérapeutique, et c'est l'année suivante que, l'appendice extirpé, l'entérite glaireuse et tous les symptômes ont disparu ; je reviendrai plus loin sur ce fait. A coup sûr bien des ovarites et des péri-ovarites, bien des « petites lésions » génitales ont occupé dans la gynécologie opératoire des années 1887-1895, peut-être même au delà, une place qui revenait à l'appendicite chronique.

Appareil digestif. — C'est ici la grosse affaire. Dans

quelle mesure les douleurs intestinales, les entéropathies, les dyspepsies diverses relèvent-elles d'une appendicite chronique autrefois méconnue, et où faut-il chercher pour la découvrir ?

« Je ne dis rien en ce moment des infections intestinales qui se propagent au vermium, je ne cherche pas la pathogénie de l'appendicite ; je fais uniquement allusion aux entéropathies secondaires et je demande quelle part il faut faire à l'appendicite dans leur étiologie. L'année dernière (29 mai 1906) un malentendu a plané sur notre discussion, parce que la distinction dont je parle n'a pas été faite. Dieulafoy s'est placé, comme il en avait le droit sur un terrain très circonscrit et n'a visé qu'un point : l'entérocólite muco-membraneuse. Il a dit des choses fort justes ; avant de le critiquer rendons-lui justice. Il a raison d'affirmer que nombre de gens atteints de typhlocólite muco-membraneuse ou sableuse ont été opérés à tort ; que la typhlocólite ainsi nommée n'est pas une cause d'appendicite, et que cette idée fausse conduit à un diagnostic de tendance, à méconnaître la « typhlite », à opérer une appendicite imaginaire. Mais il a tort quand il fait bon marché des lésions histologiques de certains appendices, qui, à l'œil nu, semblent peu malades ; il a tort surtout quand il nie que l'opération amène la disparition des douleurs, des peaux et des glaires, et quand pour le démontrer, il cite des malades « opérés d'appendicite qu'ils n'avaient pas ». S'il avait cherché des malades opérés d'appendicite qu'ils avaient, il aurait vu que souvent l'intervention met fin à des troubles intestinaux provoqués par elle, y compris l'entérite muco-membraneuse.

« En supprimant d'un trait de plume une foule d'appendicites bien caractérisées que nous avons vu coexister avec des troubles intestinaux, Dieulafoy prouvait surtout que les formes chroniques de cette maladie lui sont moins familières que les formes aiguës, auxquelles il a consacré de si utiles travaux. La cavité close, l'exaltation de la virulence, l'éclosion subite des accidents graves, le transport des toxines à longue distance du foyer appendiculaire, voilà son domaine. Or, s'il est constant que l'orage éclate parfois chez des individus qui souffraient de l'intestin, il est vrai aussi que l'appendicite aiguë peut survenir brusquement; inopinément, de telle façon que la période où évoluaient sans bruit les lésions histologiques ait passé inaperçue et devant une situation grave, n'éveille plus la recherche. Y pensions-nous seulement quand la controverse actuelle n'était pas née et que notre premier soin était de courir au plus pressé et d'obéir à l'urgence ?

« Bien des fois nous avons laissé passer l'occasion de constater les rapports d'une crise aiguë avec des troubles antérieurs de l'intestin ; beaucoup de nos observations sont muettes à cet égard, parce que nous n'avons pas cherché ; et Dieulafoy a cherché moins que tout autre, car, pour étayer sa conception d'une lithiasc appendiculaire primitive, née sur place dans un canal sain, il lui faut élever une barrière entre l'appendice et le cæcum, il faut que rien ne puisse venir de l'intestin.

« Or il ne peut rien venir en effet de l'entérite glaireuse ; voilà ce que nous devons lui accorder tout d'abord, et il est fâcheux que dans sa réponse, Reclus ait présenté l'infection appendiculaire comme l'effet naturel de toutes les

« entérites », y compris la forme particulière que visait Dieulafoy. Celle-ci n'est pas une entérite et ne doit pas être confondue avec les infections intestinales qui viennent contaminer l'appendice. Elle est comme je l'ai dit dans la discussion et comme Huchard l'a rappelé avec tous les développements nécessaires, une colopathie d'origine nerveuse ayant des causes multiples ; elle est comme l'a dit le Dr Blondel dans un travail déjà ancien, une névrose sécrétoire et motrice dont le point de départ est une affection du rein, de la vésicule biliaire, des organes pelviens, de l'estomac ou de l'intestin lui-même. Elle est donc effet et ne peut-être cause ; elle est inapte à contaminer l'appendice, mais elle révèle une souffrance organique dont l'appendice est peut être le siège. Voilà le point : à titre secondaire elle accompagne l'appendicite, et Dieulafoy ne pouvait soutenir sa dangereuse formule autrement : « Si on observe de l'entérite glaireuse au cours d'une crise intestinale, on n'a rien à redouter de l'appendicite ». Il ne l'a pas défendue et cédant un peu de son intransigeance première, il a déclaré seulement la coïncidence rarissime et fortuite.

Or la coïncidence est largement démontrée, j'avais à citer de mémoire un cas bien intéressant datant de juillet 1905, puis l'observation vécue de mon ancien interne Maurice Hepp Le Dentu signalait deux faits très démonstratifs qu'il avait sous la main. Reclus à son tour invoquait une série de 17 cas déjà ancienne, un nombre indéterminable de malades montrés à ses élèves depuis plusieurs années, ses opérations des dernières semaines, quelques faits recueillis à la Société de Chirurgie au cours même de la discussion, l'expérience

de presque tous les membres de la Société médicale des Hôpitaux et pouvait conclure : « Les gros bataillons sont avec nous. » Je connais l'histoire d'une malade qui fut opérée d'urgence, en mai 1905 dans une situation désespérée : on trouva l'appendice gangréné, perforé ; or elle avait depuis longtemps une entéro colite très grave, avec des peaux, des glaires et les crises de douleurs qui aujourd'hui n'ont pas entièrement disparu. Le chirurgien qui l'opéra m'a déclaré avoir vu de nombreuses coïncidences, mais m'a prié de ne pas dire son nom, car il ne peut pas donner d'armes contre Dieulafoy. Et maintenant allez donc faire des statistiques !

« Si les faits allégués ne sont pas plus nombreux, c'est que dans un colloque avec Dieulafoy, il fallait bien parler de formes aiguës et d'appendices très malades : il fallait des crises caractérisées, des malheurs authentiques : les douleurs sourdes et sans éclat ne lui auraient pas suffi. Je le répète il semble ignorer l'appendicite chronique ; elle est « microscopique et inexistante » ; ombre vaine que poursuivent les chirurgiens, nul symptôme ne la révèle, nulle indication n'autorise à l'opérer. Sur 103 malades atteints d'entérite muco-membraneuse, Potain n'a pas rencontré d'appendicites : sur 200, Dieulafoy n'en a vu qu'une seule. Eh ! sans doute une appendicite aiguë ou subaiguë bien nette, avec son cortège habituel : mais l'autre, celle qui se dérobe et qu'il faut déceler ? On ne trouve que ce que l'on cherche, a dit Reclus, et Dieulafoy ni Potain ne l'ont cherchée, puisqu'ils la jugent inexistante. N'y a-t-il pas là un cercle vicieux. Et n'est-il pas évident qu'ils ont pu confondre souvent la douleur appendiculaire avec celle de l'entéro-colite, puisqu'ils avouent ne savoir pas les distinguer, puisqu'à notre

prière de nous donner un diagnostic, Dieulafoy répond :
« C'est moi qui vous le demande, messieurs les chirurgiens ;
à vous de justifier vos opérations. » Je lui dis à mon tour :
vous n'avez certainement pas guéri toutes les entérites
glaireuses qui vous ont passé par les mains, car c'est chose
difficile ; je voudrais pouvoir faire le compte de celles qui
étaient sous la dépendance d'une infection chronique de
l'appendice et que l'opération eût fait disparaître. Car la
coïncidence est souvent une relation de cause à effet et la
guérison de l'entéro-colite par la suppression de l'appendice
malade, pour n'être pas constante n'est plus à démon-
trer. »

CHAPITRE III

CLASSEMENT DES LÉSIONS DE L'APPENDICE D'APRÈS LEURS CARACTÈRES

M. Weinberg a eu l'occasion d'examiner plusieurs centaines d'appendices enlevés par différents chirurgiens militaires et civils au cours de laparotomies, *toujours* il a trouvé des lésions chroniques. Et voici la classification qu'il en donne :

Appendicite chronique	atrophique
—	—
—	hypertrophique
—	oblitérante
—	cancéreuse
—	tuberculeuse

C'est d'après ces caractères que nous allons classer les différentes lésions de l'appendice.

a) *Appendicite chronique atrophique.* — L'appendice atrophique englobe les dilations kystiques, toutes les couches constitutives sont atrophiées, scléreuses. Les kystes de l'appendice ne sont pas dus à la rétention des produits stercoraux, mais bien à des lésions scléro-atrophiques de la paroi (Weinberg).

Sur les 52 autopsies d'Arabes, M. Weinberg a constaté 6 cas d'appendicite chronique atrophique non tubercu-

leuse ; sur les coupes de ces appendices on trouve une atrophie considérable de la muqueuse dont les glandes sont couchées obliquement sur le chorion et dont les follicules lymphatiques sont presque tous complètement atrophiés. Dans les endroits où ils existent encore ils sont très aplatis et étalés en largeur. Les mêmes coupes montrent une sclérose et une atrophie très marquées de la couche sous-muqueuse et des deux couches musculaires. L'atrophie des couches musculaires amène la dilatation du canal appendiculaire, cette dilatation est tantôt limitée à la partie inférieure de l'appendice (4 cas), tantôt elle comprend l'appendice dans toute sa largeur.

b) *Appendicite chronique hypertrophique.* — Parmi les appendicites hypertrophiques il faut noter surtout deux formes : la folliculite hypertrophique chronique et la sclérose générale de l'appendice.

La folliculite chronique hypertrophique est surtout caractérisée par des lésions chroniques de la muqueuse et de la couche folliculaire de la sous-muqueuse. Dans la sclérose générale hypertrophique de l'appendice on trouve la transformation fibroïde de toutes les couches de la paroi (Weinberg).

A l'autopsie des 52 Arabes on en a trouvé 28 cas. Elle revêt généralement la forme banale caractérisée surtout par l'hypertrophie des follicules lymphatiques et la sclérose de la sous-muqueuse. A ces lésions s'ajoutent souvent la sclérose des couches musculaires et l'épaississement du péritoine.

c) *Appendicite chronique oblitérante.* — La sténose et

l'oblitération représentent les conséquences de l'appendicite chronique.

Sur les 52 arabes autopsiés, 8 fois M. Weinberg a trouvé l'oblitération de l'appendice.

Ribbert a fait sur l'oblitération physiologique ou pathologique de l'appendice une étude portant sur plus de 450 cadavres de tout âge. Sur ce nombre l'auteur allemand en a trouvé 99, dans la proportion de 25 0/0, une oblitération partielle ou totale. L'oblitération siègeait presque toujours à l'extrémité libre de l'appendice et offrait des caractères histologiques typiques, identiques dans tous les cas ; elle serait produite par la fusion du tissu conjonctif de la muqueuse précédée ou accompagnée de la disparition des glandes. Ribbert interprète ce phénomène dans le sens d'un processus d'involution physiologique ; car il présente le maximum de fréquence (58 0/0 de soixante-dix à quatre-vingt ans sur 4 0/0 seulement de un à dix ans) dans l'âge avancé, et il coïncide avec la diminution de longueur avec l'atrophie de l'organe.

A ce propos M. Weinberg a fait des recherches sur les lésions présentées par l'appendice sénile. Ses recherches portent sur un grand nombre d'appendices enlevés au cours d'autopsies de vieillards faites dans le service de Gombaud à l'hospice d'Ivry, ainsi que dans d'autres hôpitaux de Paris. Les résultats de ses recherches lui permettent d'affirmer que l'oblitération de l'appendice ne doit en aucune façon être considérée comme involution sénile même dans les cas où cette lésion est trouvée chez des personnes très âgées. Si on rencontre souvent des appendices oblitérés chez des vieillards, on en rencontre encore beaucoup plus chez des personnes âgées de quatre-vingt-dix

ans et plus dont le canal est libre dans toute sa hauteur.

Comme il a été démontré par les recherches de MM. Letulle et Weinberg, l'oblitération de l'appendice partielle ou complète est le résultat d'un processus inflammatoire spécial, il est donc tout à fait naturel que cette lésion se trouve plus souvent chez l'homme âgé qui ayant vécu plus longtemps a couru plus de chances de contracter des lésions amenant une oblitération de l'appendice.

Il est bien entendu que dans les appendices séniles on a trouvé des traces de lésions chroniques.

Maaløe de Copenhague a récemment, dans un travail sur l'histo-pathologie de l'appendice vermiciforme, étudié d'une façon toute particulière les processus oblitérants. Ce travail est basé sur l'étude de plus de 100 appendices enlevés par opération et 40 appendices enlevés après autopsie.

L'auteur comprend dans cette formule de processus oblitérants non seulement les véritables oblitérations du « type Ribbert » mais encore les oblitérations se montrant en tel ou tel point de l'appendice.

Oblitération, désigne la disparition de la cavité ne laissant place à aucune lumière dans la partie distale, en somme une soudure complète des parois.

Occlusion désigne l'effacement de la cavité dans une étendue courte ou longue, dont la situation est telle qu'il en résulte une cavité close.

Rétrécissement se dira d'un resserrement de la lumière de l'organe.

L'ensemble des pièces contient 27 cas d'occlusion et 19 cas d'oblitération parmi lesquels il y en a 7 à un degré plus ou avancé siégeant à l'extrémité distale de l'organe,

pendant qu'il y a une occlusion dans la continuité ou à un endroit ou à un autre.

d) *Cancer de l'appendice*. — L'oblitération cicatricielle de l'appendice peut devenir le siège d'un véritable épithélioma dont le point de départ paraît être une portion de cul-de-sac glandulaire inclus dans le placard fibreux central (Weinberg). Cette affection est rare, on en a cité cependant quelques observations, mais un pourcentage ne peut encore être évalué.

Dernièrement M. Richelot vient de citer à l'Académie de médecine un cas de cancer appendiculaire chez une jeune fille de vingt-cinq ans qu'il a opérée en mai 1908 pour une appendicite chronique datant de l'enfance. L'examen histologique démontra l'existence d'un épithélioma cylindrique greffé sur des lésions d'appendicite chronique et encore peu développé.

Le côté intéressant de la question c'est de penser que sur un appendice chroniquement enflammé peut se greffer un cancer, que cela est arrivé et peut survenir, à tout heure, à tout âge, sans que rien nous en avertisse. On frémit à l'idée qu'une doctrine d'abstention, de timidité ou de pathologie transcendante peut en ces cas-là nous arrêter la main et nous empêcher de secourir des malades qui courent un vrai danger.

e) *Appendicite tuberculeuse*. — Les lésions tuberculeuses sont très fréquentes ; elles ont été en particulier bien étudiées dans la thèse de Lesueur. Jusque-là les statistiques publiées étaient loin d'être concluantes à cet égard. Celle de Finkelstein, publiée dans la monographie de Sonnenberg relate deux cas seulement de tuberculose de

l'appendice sur 100 autopsies pratiquées dans le but de rechercher les anomalies de cet organe. Quant aux nécropsies de Tuffier et Jeanne, sur 151 observations publiées il y en a 38 concernant des tuberculeux dont 24 présentaient des lésions de l'appendice.

« Voici les résultats auxquels nous sommes arrivés d'après les 500 autopsies d'adultes pratiquées dans le service de M. Letulle, dit Lesueur. Dans 57 cas les lésions anciennes de l'appendice n'avaient laissé d'autres traces que des adhérences péri-appendiculaires. Bien que dans la grande majorité des cas ces manifestations péritonéales soient le signe d'un processus inflammatoire ancien d'origine appendiculaire, ces observations ne nous ont pas paru suffisamment probantes et nous n'en avons pas tenu compte dans notre statistique. Dans 7 cas nous avons seulement constaté une congestion intense de l'organe : nous n'avons pas non plus tenu compte de ces faits que nous ne considérons pas comme démonstratifs.

« En ne conservant que les observations dans lesquelles les lésions de l'appendice sont absolument démontrées nous avons trouvé 240 cas d'appendicite sur 500 soit 48 0/0, c'est-à-dire presque la moitié des cas. Si nous avons compris dans cette statistique les lésions péritonéales, péri-appendiculaires, nous serions arrivés à une proportion de 59,4 0/0.

« L'appendicite chronique nous a paru très fréquente chez les tuberculeux. Sur 500 autopsies nous en avons recueilli 104 cas, soit 20,8 0/0. Cette fréquence n'a rien qui nous étonne, c'est à peu près la même que l'on observe chez les sujets non tuberculeux. Hecktoen et Fergusson en Amé-

rique, Maurin en France, Toft en Allemagne donnent une moyenne de 20 0/0. Rochard en a même trouvé 9 sur 23.

« La forme de beaucoup la plus commune est l'appendicite oblitérante (82 cas soit 16,4 0/0). L'appendice peut être oblitéré dans la totalité, 30 cas, ou dans une partie seulement, 52 cas, et le lieu d'élection de cette oblitération est son extrémité 45 fois au lieu de 5 à l'origine.

« L'appendicite tuberculeuse est aussi extrêmement fréquente, nous en avons trouvé 144 cas sur 500 soit 28,8 0/0.

« Les 500 observations peuvent se diviser ainsi :

« Trois cent quatre sujets sont morts de leurs lésions tuberculeuses quelles qu'elles soient. Parmi eux 178 soit 58,5 0/0 étaient atteints d'appendicite.

« Soixante-quinze sujets porteurs de lésions tuberculeuses en évolution sont morts d'une maladie intercurrente. Parmi eux 29 soit 38,6 0/0 étaient atteints d'appendicite.

« Cent vingt et un sujets présentaient des signes certains de tuberculose ancienne guérie, mais n'avaient plus aucun foyer tuberculeux en évolution. Parmi eux 33 soit 27,2 0/0 étaient atteints d'appendicite. »

L'appendicite tuberculeuse est relativement assez fréquente et dans le relevé des autopsies on en trouve un plus grand nombre qu'on ne supposerait au premier abord. L'appendicite tuberculeuse n'est donc pas aussi exceptionnellement rare que le dit le professeur Dieulafoy (*Sem. médic.*, 8 octobre 1902) et que les cliniciens le pensent en général. MM. Letulle et Weinberg dans leur remarquable étude sur l'anatomie pathologique des appendicites décla-

rent que l'appendicite tuberculeuse est excessivement commune.

L'appendicite tuberculeuse est très rarement primitive. M. Letulle dit qu'il n'a jamais observé d'appendicite tuberculeuse sans aucune autre lésion bacillaire en un point quelconque de l'organisme.

A la Société anatomique, séance du 25 février 1905, M. Letulle dit avoir trouvé dans 15 à 20 0/0 des cas des lésions tuberculeuses de l'appendice chez les phthisiques. Il présente un cas d'appendice chronique enlevé chirurgicalement, avec examen histologique révélant des lésions tuberculeuses nettes : foyers caséeux avec cellules géantes. Un deuxième cas d'appendicite chronique montre des lésions tuberculeuses auxquelles se sont surajoutés des lésions d'appendicite aiguë.

Cornil a examiné un appendice enlevé par M. Segond, il a trouvé des lésions tuberculeuses dans les follicules clos.

L'adénopathie est la règle dans les cas de tuberculose de l'appendice.

La tuberculose de l'appendice est aussi très fréquente chez l'arabe.

Sur 42 appendices atteints de lésions différentes 14, c'est-à-dire le tiers, présentaient des lésions tuberculeuses siégeant soit au niveau de la sous-muqueuse, soit dans la sous-muqueuse, soit enfin dans le méso-appendice.

Dans trois cas seulement, les lésions tuberculeuses de l'appendice ne coïncidaient pas avec des lésions de même nature siégeant sur un autre organe, les trois mala-

des auxquels elles appartiennent dans ces cas sont morts, l'un d'un phlegmon de la nuque, un autre de pneumonie franche, le troisième a succombé à une cirrhose paludéenne du foie (Weinberg).

CHAPITRE IV

PATHOGÉNIE DE L'APPENDICITE

Pour cette étude nous adopterons la classification déjà proposée par le professeur Reclus en 1897 devant la Société de Chirurgie « les appendicites de causes locales, les appendicites propagées et les appendices de causes générales ».

Les *appendicites de causes locales* ont été les premières à attirer l'attention des médecins et pendant longtemps on ne connaissait qu'elles : des corps étrangers les provoquent ; on croyait autrefois que les noyaux de fruits, ceux de cerises en particulier, les pépins de raisin, ou bien encore des débris d'os, des grains de plomb, des poils, des calculs hépatiques tombés dans l'appendice étaient la cause des accidents. Les recherches des pathologistes contemporains ont montré que dans l'immense majorité des cas les corps étrangers appendiculaires sont constitués par des matières intestinales distraites du bol fécal ; à l'état de parcelle molle, sans doute, elles pénètrent dans le vermium, elle s'y concrètent, elles y durcissent, elle augmentent de volume par l'adjonction de strates successives, elles s'incrustent même parfois de sels calcaires, brunissent et prennent alors l'aspect de noyaux de prune et surtout de noyaux d'olive et de datte. Ces corps étrangers irritent

les parois par leur contact, ils exagèrent la sécrétion des glandules, les microbes de l'intestin coli-bacilles, streptocoques, staphylocoques exaltent leur virulence dans ce liquide stagnant. Aussi à la moindre occasion traumatisme, écart de régime, indigestion, coup de froid paralysant l'action des phagocytes, les germes pathogènes envahiront les parois de l'organe et les accidents appendiculaires éclateront.

En 1906 à l'Académie de médecine le professeur Blanchard a insisté sur le rôle important que pouvaient jouer les vers intestinaux dans la pathogénie de l'appendicite. Voici quelques recherches qui vont nous édifier à ce sujet.

M. Weinberg au cours de ses 52 autopsies d'Arabes a noté 21 fois la présence des différents vers intestinaux, c'est-à-dire dans 40, 38 0/0 des cas.

Les vers trouvés étaient :

Trichocéphales	12
Ascarides	8
Oxyures	4
Ténias	2

A part ce résultat 210 selles indigènes ont été examinées : 36 seulement soit 17 0/0 ont montré la présence de trichocéphales ou d'ascarides.

« Si nous prenons la moyenne des résultats obtenus dans ces deux séries de recherches nous arrivons à 30 0/0 ce qui représente probablement la proportion des Arabes infectés par les helminthes.

« Il est évident que les vers intestinaux ont leur part dans l'étiologie des nombreuses lésions du tube digestif et

en particulier de celles de l'appendice qu'on constate si souvent à l'autopsie d'indigènes.

« Dans trois cas nous avons constaté la présence d'helminthes dans l'intérieur de l'appendice ; deux fois il s'agissait d'oxyures, dans le troisième de trichocéphales.

« Dans une de ces observations, il existait un placard congestif très net vers l'extrémité libre de l'appendice où se trouvaient deux oxyures. »

D'après une note de M. Brumpt, sur 655 appendices plus ou moins perméables, récoltés à l'autopsie d'adultes, 51 étaient parasités = 80/0.

Ces 51 parasités étaient :

29 fois des trichocéphales = 4 1/2 0/0

22 fois des oxyures = 3 1/2 0/0

Quatre cents appendices avaient des matières alimentaires et étaient 46 fois parasités = 11,5 0/0,

26 fois des trichocéphales = 6,5 0/0

20 fois des oxyures = 5 0/0

Deux cents appendices ne contenant pas de matières alimentaires étaient 5 fois parasités, 2,5 0/0.

3 fois des trichocéphales. = 1,5 0/0

2 fois des oxyures = 1 0/0

Le nombre des trichocéphales varie de 1 à 9. Celui des oxyures, de 1 à 7 ou 8.

Nous terminerons l'étude du rôle des vers intestinaux par un fait rapporté par M. Walther, le 29 mars 1905, à la Société de Chirurgie. M. Walther enlève un appendice à l'occasion d'une hystéropexie abdominale et trouve un trichocéphale en plein travail (perforation et décollement de

la muqueuse appendiculaire avec lymphangite consécutives.

A la même séance, M. Guinard communique le fait suivant. En opérant une jeune femme pour un kyste de l'ovaire droit, il vérifie l'état de l'appendice et trouve celui-ci boursoufflé, congestionné ; il l'enlève et trouve à l'intérieur, 20 trichocéphales grouillant dans un épais liquide fécal. La muqueuse est parsemée de petites ulcérations.

Les *appendicites propagées* succèdent à une inflammation qui de l'intestin gagne l'appendice et s'y cantonne.

Et, tandis qu'elle peut guérir dans les régions où elle a pris naissance, elle se localise dans le vermium et tôt ou tard, y provoque des accidents redoutables.

Cette classe d'appendicites a été bien dégagée dans les discussions de la Société de Chirurgie, de la Société médicale et de l'Académie de médecine, les observations de Jalaguier, de Brun, de Walther, de Marfan, de Talamon, de Mathieu, de Siredey, Jules Simon, de Carron de la Carrière, de Broca, de Comby, la thèse de M^{lle} Gordon et celle d'Anghel y ont contribué.

Grâce à cette accumulation de faits, on sait maintenant que l'inflammation du vermium est souvent la conséquence d'une inflammation propagée de l'intestin à l'appendice. Toutes les variétés d'entérites doivent être incriminées. L'entérite simple, l'entérite dite infectieuse précède souvent ou accompagne l'appendicite, et dans la seule thèse de M^{lle} Gordon on en trouve des exemples nombreux. Les entéro-colites et en particulier la muco-membraneuse n'échappent pas à cette complication. Il n'y a pas long-

temps cependant le professeur Dieulafoy a protesté : « Si on observe de l'entérite glaireuse au cours d'une crise intestinale, dit-il, on n'a rien à craindre de l'appendicite. »

Il est un fait expérimental mis en relief dès 1897 par Beaussenat et Chastenet : si on infecte par ingestion la muqueuse intestinale d'un animal, on constate sur toute la muqueuse des lésions inflammatoires dont le maximum est au niveau de l'appendice. A ces infections prennent une large part les follicules clos de cette muqueuse si riche en organes lymphatiques.

Pour les enfants, Guinon donne un relevé où il compte dans une clientèle de ville, suivie près de 20,7 0/0 d'appendicite dans ses cas d'entéro-colite de diverses formes.

Premier groupe. — Appendicite compliquant une entérite ancienne, de nature non déterminée, remontant souvent à l'allaitement ou au sevrage, sans que l'on mentionne d'évacuations muco-membraneuses, 16 observations.

Deuxième groupe. — Appendicite compliquant des entéro-colites muco-membraneuses plus ou moins anciennes et chroniques. 11 observations.

Troisième groupe. — Appendicites accompagnées d'évacuations glaireuses au moment de la crise aiguë ou après l'opération, 6 observations.

Le 13 juillet 1906, M. Comby fait à la Société médicale des Hôpitaux une communication très importante au sujet des relations qui existent entre les entérites et les appendicites chez les enfants :

« Les entérites de l'enfance, dit M. Comby, jouent un grand rôle dans l'étiologie des appendicites. L'appendice n'est en effet qu'un diverticule de l'intestin, il est solidaire

de cet organe et reçoit le contre-coup de toutes ses souffrances.

« On ne sait pas toujours le lien qui unit l'appendicite actuelle à l'entérite ancienne, puisqu'on éprouve souvent de grandes difficultés à découvrir l'appendicite chronique. Le jour où l'on saura reconnaître pendant la vie les petites lésions appendiculaires la question aura fait un grand pas. Mais l'appendice peut être malade depuis longtemps, gonflé, congestionné, induré, oblitéré, lésé profondément dans sa couche lymphoïde, sans donner lieu à des symptômes locaux suffisants pour le diagnostic. La crise aiguë qui viendrait lever tous les doutes peut se faire attendre longtemps, ou même manquer et alors le diagnostic n'est pas posé : Le chiffre des appendicites chroniques reconnues et déclarées est très inférieur à celui des appendicites chroniques existantes.

« Un bon nombre de ces appendicites guérissent à peu près spontanément, les autres aboutissent aux épisodes aigus qui les dénoncent bruyamment ou sont découvertes par les médecins et les chirurgiens qui les cherchent. Il n'est pas superflu de souligner ce dernier point : pour reconnaître l'appendicite chronique, il faut la poursuivre de recherches attentives répétées, acharnées. Tel malade ne présente absolument rien à un premier examen qui six mois, un an plus tard aura nettement le point de Mac Burney. Cela ne veut pas dire que l'appendice n'était pas déjà malade la première fois, mais seulement qu'il n'était pas douloureux. L'appendicite chronique existait déjà, elle s'accusait par des troubles de la santé générale, par l'anémie, l'amaigrissement, la dyspepsie, etc. Mais elle n'avait

pas fait encore assez de progrès pour être perceptible à la palpation.

« L'appendicite est une maladie essentiellement chronique qu'on peut considérer comme une localisation, une sequelles des irritations, infections, intoxications du tractus intestinal. Parmi ces toxi-infections intestinales, il n'en est pas chez l'enfant qui expose plus à l'appendicite que l'entéro-colite muco-membraneuse. A cela nous trouvons deux raisons : 1° l'appendicite fait en quelque sorte partie du colon, et il serait extraordinaire qu'il échappât aux inflammations d'un organe dont il n'est que le prolongement ; 2° l'entéro-colite de l'enfance est plus que celle de l'adulte, une infection aiguë portant sur l'appareil lymphatique du gros intestin, d'où le nom d'entérite folliculaire usité en Allemagne. Cette infection menace directement l'appareil folliculaire de l'appendice.

« Je suis, pour ma part, très surpris, non pas qu'il y ait de l'appendicite chez beaucoup d'enfants ayant souffert d'entéro-colite, mais qu'il n'y en ait pas chez tous. Il est vrai que l'appendicite peut exister sans entéro-colite nette ; mais, si l'on voulait tenir compte de tous les cas, on verrait que l'entérite a présidé, bien plus souvent qu'on ne le croit, à la naissance de l'appendicite. L'entérite est mal dessinée, elle existe néanmoins sous forme de digestions pénibles, de dyspepsie et de ces constipations opiniâtres si rapprochées de l'entéro-colite, dont elles sont le prélude habituel. Quand on dit que les enfants atteints d'appendicite ont été depuis longtemps constipés, c'est à peu près comme si l'on disait qu'ils ont de l'entéro-colite chronique. En tout cas, cette constipation favo-

rise la congestion, l'intoxication et l'infection de l'appendice. A la constipation d'ailleurs, viennent souvent s'ajouter les sécrétions glaireuses, membraneuses, purulentes et sanglantes qui attestent la colite.

« Sans parler des ébauches d'entéro-colite qui figurent dans ma statistique, de 66 appendicites chroniques, au moins 26 fois, j'ai relevé 14 fois des crises nettes d'entéro-colite muco-membraneuse. Chez les autres malades, soit 26 fois sur 66, je n'ai pas trouvé d'entérites dans les antécédents. Mais je dois signaler 10 cas de végétations adénoïdes opérées, sans parler des cas où elles ont été simplement constatées. Ces adénoïdes semblent jouer un certain rôle dans la production de l'appendicite. L'infection commence par le rhino-pharynx, continue par le côlon et finit par l'appendice. »

M. Siredey ajoute qu'il n'est pas exceptionnel de voir l'appendicite de l'adulte se manifester à l'état de séquelle d'une entéro-colite infantile. Les accidents disparaissent après l'ablation de l'appendice.

A côté des inflammations de l'intestin, il est intéressant d'étudier l'influence des lésions de voisinage, car ces lésions jouent assurément, au moins chez l'adulte, un rôle important dans l'étiologie de l'appendicite. Nous avons vu que Guinard, dans une longue communication à la Société de Chirurgie (1904), a rapporté toute une série d'observations des plus probantes, dans lesquelles l'appendicite chronique coexistait avec de grosses lésions abdominales (kystes ovariens, fibromes, salpingites, grosses hernies, etc.) De ces causes, une est surtout importante, c'est la salpingite. Les relations de l'appendicite chronique avec la salpingite sont

actuellement bien connues depuis les travaux de Delagenière et Barnsby. Assurément les formes aiguës de la salpingite peuvent donner naissance à l'appendicite aiguë, avec ou sans foyer purulent intermédiaire et inversement. Dans les formes chroniques d'emblée, les mêmes phénomènes peuvent s'observer, et même pour ces auteurs, l'appendicite d'origine salpingienne revêtirait le plus souvent le type de l'appendicite chronique d'emblée.

Chez toutes les femmes que Rinne a eu l'occasion d'opérer dans ces dernières années, il a systématiquement cherché à déterminer, tant avant que pendant l'opération, par un examen minutieux, les relations anatomo-pathologiques unissant l'appendice et les annexes du côté droit. Or ces connexions existaient dans la proportion de 11 0/0 des cas ; pour les deux tiers des cas, elles avaient été établies ou soupçonnées avant l'opération ou bien il ne s'agissait pas d'appendicite, mais de tuberculose de l'appendice et des annexes (4 cas), de pyosalpinx (8 cas). Dans 18 cas, il existait des adhérences entre l'appendice et le paramètre, voire une propagation de l'inflammation ou de la suppuration de l'un à l'autre. Dans 3 cas d'appendicite, on découvrit, en outre, des kystes de l'ovaire qui, à l'examen, avaient simulé un abcès pelvien. Dans 5 cas d'abcès du Douglas, ce n'est que par l'examen microscopique et bactériologique qu'on put déterminer le point de départ de la suppuration dans l'appendice (3 cas) ou dans la trompe (2 cas).

Les phénomènes congestifs dont les annexes sont le siège au cours de la menstruation par exemple, peuvent exacerber un appendice chroniquement enflammé. C'est là

quelquefois l'origine des douleurs dont se plaignent certaines jeunes filles au moment de leurs règles.

Ajoutons que pour Ménétrier c'est à l'époque de l'établissement de la menstruation que ce sont le plus fréquemment chez elles les opérations d'appendicite,

L'influence des maladies générales sur le développement de l'appendicite chronique est parfois nette dans l'enfance. Les analogies de structure existant entre les organes lymphoïdes et l'appendice nous permettent de comprendre comment interviennent surtout les infections générales à retentissement ganglionnaire. C'est ainsi que figurent en première ligne dans les antécédents des petits malades la grippe à forme ganglionnaire (Comby), la rubéole. Viennent ensuite la fièvre typhoïde, la rougeole, la scarlatine, les oreillons. Chez l'adulte le rôle de ces causes générales semble plus effacé, en tout cas bien plus difficile à apprécier. Peut-être ici faut-il dans quelques cas avec Gaucher incriminer la syphilis. Nous pouvons y ajouter, comme nous l'avons vu la tuberculose qui tient certainement une très grande place.

De ces causes deux sont intéressantes à mettre en relief : la scarlatine et la syphilis.

Scarlatine et appendicite. — L'appendice présente des lésions constantes au cours de la scarlatine (Kauffman, thèse, Paris, 1908), lésions que l'on peut facilement dépister au cours d'une autopsie. La lésion macroscopique est caractérisée par la vascularisation de l'appendice et surtout la présence de ganglions volumineux dans le méso. L'examen microscopique révèle une folliculite intense avec périadénite. En somme l'appendice se comporte exactement

comme une amygdale. L'examen clinique peut renseigner sur cette complication appendiculaire. Kauffmann considère le vomissement du début de la scarlatine comme fréquemment en rapport avec la fluxion appendiculaire. Quoi qu'il en soit l'appendicite peut se montrer à deux époques au cours de la scarlatine : en pleine période fébrile et en pleine convalescence.

En pleine période fébrile il s'agit d'une complication rare qui bien des fois passe inaperçue. Les symptômes qui permettent de la dépister sont surtout des vomissements répétés, la douleur dans la fosse iliaque droite et la défense musculaire de l'abdomen à ce niveau, généralement ces appendicites sont d'un pronostic grave et peuvent se terminer par une péritonite par perforation.

L'appendicite de la convalescence et de la période apyrétique est sinon plus fréquente, du moins plus facile à reconnaître qu'à la période précédente de la maladie. Alors toutes les formes d'appendicite peuvent être observées depuis la plus légère colique appendiculaire jusqu'à la péritonite la plus grave.

Ce n'est pas tout. La scarlatine ne se borne pas à ces seules complications aiguës, elle peut laisser après elle des lésions d'appendicite chronique qui expliquent les poussées aiguës qu'on peut observer dans la suite. D'après Kauffmann beaucoup d'appendicites familiales ne seraient que des appendicites post-scarlatineuses.

Syphilis et appendicite. — Le 11 avril 1904, Gaucher fait à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie une communication sur l'origine syphilitique de l'appendicite.

Sur 32 cas d'appendicite il a trouvé la syphilis 29 fois ; 8 fois la syphilis acquise et 21 fois l'hérédité syphilitique. Au-dessus de trente ans, 9 appendicites : 4 hommes avec 4 syphilis, 5 femmes dont 1 syphilitique, 3 dont les maris ont avoué la syphilis, syphilis acquise.

Au-dessus de trente ans, 23 cas avec 21 hérédo-syphilitiques. Fournier a observé 12 cas d'appendicite chez des hérédo-syphilitiques.

Le 16 novembre 1907 à la Société de Biologie, B. Bord communique le résultat d'une étude faite à l'hôpital Broca dans le service [de M. Thibierge, étude portant sur la recherche de l'appendicite au cours de la syphilis secondaire à ce stade de l'évolution de la maladie où se manifeste dans tout l'organisme une réaction si marquée du tissu lymphoïde. Nous savons que l'appendicite est un organe très riche en tissu lymphoïde. Sur 18 jeunes femmes prises au hasard parmi celles qui présentaient des accidents secondaires en activité, Bord en a trouvé 12 atteintes d'appendicite typique. Chez les 6 autres il n'a constaté aucune réaction cliniquement appréciable. Des 12 malades atteintes d'appendicite, 8 ont été présentées à M. Jalaguier qui a confirmé le diagnostic. L'affection chez la plupart des sujets revêt le type clinique de l'appendicite subaiguë ou chronique ; le début de la crise semble généralement peu intense. Chez deux malades seulement, ce début fut franc, analogue à celui d'appendicite aiguë typique.

Enfin le 12 décembre 1907 à l'Académie des sciences, Ch. Fouquet dit avoir eu l'occasion de constater la présence de nombreux spécimens de tréponèmes pâles de

Schaudinn dans les parois de l'appendice cæcal d'un fœtus macéré de sept mois expulsé par une mère syphilitique. D'après les observations de Fouquet l'appendice de ce fœtus était de dimensions plus grandes que celles de l'appendice d'un enfant normal de même âge. Fouquet estime que cette existence de tréponèmes dans l'appendice d'un sujet hérédo syphilitique vient à l'appui de l'opinion émise par Gaucher à savoir que la syphilis serait la cause commune de l'appendicite. Selon lui, les appendicites dites familiales, en particulier doivent rentrer dans le cadre des appendicites d'origine syphilitique.

CONCLUSIONS

I. — Au cours d'autopsies d'individus morts d'une affection quelconque on a trouvé une moyenne de 33 à 35 0/0 de lésions chroniques de l'appendice grossièrement constatables à l'œil nu. D'autre part dans presque tous les appendices d'apparence sains le microscope a révélé un plus ou moins grand nombre de modifications importantes. Ces lésions existent aussi bien et aussi souvent chez les singes anthropoïdes que chez l'homme.

II. — Les appendices enlevés au cours d'opérations et examinés au microscope ont présenté presque tous, pour ne pas dire tous, des lésions chroniques. D'autre part les erreurs de diagnostic causées par les douleurs d'origine appendiculaire, les exemples de malades chez lesquels au cours d'une intervention quelconque on avait négligé d'enlever l'appendice et qui furent pris ensuite d'une crise d'appendicite grave, nous engagent à faire l'ablation systématique de cet organe au cours des laparotomies.

III. — Il existe plusieurs catégories d'appendicites chroniques classées d'après leurs caractères histologiques et dont voici le pourcentage :

Appendicite chronique atrophique, environ 12 0/0 des cas ;
appendicite chronique hypertrophique, environ 55 0/0 des cas ;
appendicite chronique oblitérante, 16 à 25 0/0 des cas.

Il est à remarquer à ce sujet que le maximum de fréquence de l'appendicite oblitérante se rencontre chez le vieillard. Cette oblitération n'est pas due à une inévolution physiologique, mais est le résultat d'un processus inflammatoire.

A côté de ces formes d'appendicite chronique, il est une place pour l'appendicite tuberculeuse qui peut s'associer à l'une ou à l'autre. Elle est excessivement commune et son pourcentage pourrait être évalué à environ 29 0/0 chez les individus atteints de lésions tuberculeuses quelles qu'elles soient. Ajoutons que M. Letulle a trouvé dans 20 0/0 des cas des lésions tuberculeuses de l'appendice chez les phthisiques.

IV. — Les causes de l'appendicite sont :

1° D'ordre local, corps étrangers, vers intestinaux, irritant la muqueuse et provoquant l'infection :

2° Dues à une propagation de l'inflammation de l'intestin (entérites) ou de l'inflammation d'un organe voisin (salpingite, métrite).

3° Dues à une maladie générale (grippe, fièvre typhoïde syphilis) en particulier aux fièvres éruptives (rougeole, scarlatine.)

De cette courte étude il est permis de conclure que même si l'appendice paraît cliniquement sain, il est au moins presque toujours anatomiquement taré. Ces lésions semblent prendre naissance dans le jeune âge. Nous savons en effet à quelles multiples infections l'enfant est sujet. Et puisque son système lymphoïde est si souvent atteint ne soyons pas étonnés que l'appendice en ressente le contre-coup. Ce sont les follicules clos qui sont les premiers lésés ; mais cette folliculite s'arrête souvent dans son

évolution, l'appendice n'en reste pas moins malade, il y a là un point faible, une lésion chronique sur laquelle peuvent venir se greffer des épisodes aigus, l'appendicite banale avec les symptômes graves que nous lui connaissons. Aussi en terminant sommes-nous autorisés à dire avec notre maître le Dr Comby : « On a reproché aux chirurgiens d'opérer trop d'appendicites. Je suis convaincu qu'ils n'en opèrent pas assez. »

Vu : le Président de la thèse
RECLUS

Vu : le Doyen
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

BLANCHARD. — Bull. de l'Académie de médecine, 1906.

BLAND SUTTON. — Transact. de la Soc. clin. de Londres,
13 février 1891.

BORD. — C. R. de la Société de biologie, novembre 1907.

BRIN. — L'appendicite chronique d'emblée. Gazette des hôpi-
taux, 1909.

BROCA. — Bull. de la Société de chirurgie, juillet 1906.

BRUN. — Bull. de la Société de chirurgie, 2 décembre 1896.

BRUN et VEAU. — Traité des maladies de l'enfance. Article :
Appendicite.

COMBY. — L'appendicite chronique chez l'enfant. Bulletin
médical, 1908.

— Bull. de la Société médicale des hôpitaux, 1906.

CORNIL. — Bull. de l'Académie de médecine, 1906.

DIEULAFOY. — Bull. de l'Académie de médecine, 1906.

ENRIQUEZ. — Traité de médecine. Article : appendicite.

FOUQUET. — Bull. de l'Académie des Sciences, décembre
1907.

GAUCHER. — Bull. de la Soc. de dermatologie et de syphilogra-
phie, 1904.

GORDON. — L'appendicite chez l'enfant. Thèse de Paris,
1898.

- GUINARD. — Appendicalgie. Bull. de la Société de chirurgie, 20 janvier 1904.
- Appendicite et trichocéphale. Bull. de la Soc. de chir., 29 mars 1905.
- Les appendicites méconnues. Journal des praticiens, 1908.
- JALAGUIER. — Traité de chirurgie (Duplay et Reclus). Article Appendicite.
- KUKULA. — Archives bohèmes de médecine clinique, 1906, t. VII, fasc. 5 et 6.
- KAUFFMANN. — Scarlatine et appendicite. Thèse de Paris, 1908.
- LETULLE. — Bull. de la Société médicale des hôpitaux, 19 mars 1897.
- C. R. de la Société de biologie, 1906.
- LESUEUR. — Contribution à l'étude anatomo-pathologique et clinique de l'appendicite chez les tuberculeux. Thèse de Paris, 1903.
- LETULLE et WEINBERG. — C. R. de la Soc. de biologie, 31 juillet 1897.
- Presse médicale, n° 63, 4 août 1897.
- Appendicite oblitérante. Bull. de la Soc. anatomique, 1897.
- Appendicite perforante aiguë. Bull. de la Soc. anatomique, 1897.
- MAALOE. — Histopatologiske studier over processus vermiformis. Copenhagen, 1908.
- MÉNÉTRIÉR. — Bull. de la Société médicale des hôpitaux, 1903.

OBERNDORFER. — C. R. de la Société belge de chirurgie, janv. 1907.

PETIT. — Contribution à l'étude de l'appendicite tuberculeuse. Thèse de Paris, 1906.

PILLIET et COSTE. — Bull. de Société de chirurgie, 18 janv. 1895.

PUJOS. — De l'examen systématique et de l'ablation de l'appendice au cours des laparotomies. Thèse de Paris, 1904.

QUÉNU. — Bull. Soc. de chirurgie, 15 juillet 1908.

RASTOUIL. — Appendicite chronique. Thèse de Paris, 1901.

REUBEN PETERSON. — American Journal of Obstetries, 1904, vol. II.

RECLUS. — Bull. de la Société de chirurgie, 1890.

— Semaine médicale, 1897. Pathogénie de l'appendicite.

— Gazette des hôpitaux, 1905. L'appendicite chronique d'emblée.

— Bull. de l'Académie de médecine, 1906.

RINNE. — Presse médicale. Réunion libre des chirurgiens de Berlin, 1908.

RICHELOT. — Bull. de l'Académie de médecine, mai 1907.

— Bull. de l'Académie de médecine, mai 1909.

RIOU. — De l'appendicite chronique. Thèse de Paris, 1908.

SIREDEY et LE ROY. — Bull. de la Soc. médicale des hôpitaux. 29 janv. 1897.

TUFFIER. — Bull. de la Société de chirurgie, 15 juillet 1908.

WALTHER. — Bull. de Société de chirurgie, 29 mars 1905.

WEINBERG. — Lésions histologiques de l'appendicite. Thèse de Paris, 1898.

- Archives de l'Institut Pasteur de Tunis, novembre 1907. Un cas d'appendicite chez le chimpanzé.
- Annales de l'Institut Pasteur, mai 1904.
- Appendicite et vers intestinaux chez le chimpanzé. C. R. de la Société de biologie, 7 avril 1906.
- Un cas d'appendicite chez le gorille. Bull. de la Société de pathologie exotique, 1908.

TABLE DES MATIÈRES.

	Pages
PRÉFACE.....	7
INTRODUCTION.....	9
CHAPITRE I. — Appendicite chronique trouvée au cours d'autopsies.....	15
CHAPITRE II. — Appendicite chronique trouvée au cours d'opérations.....	27
CHAPITRE III. — Classement des lésions de l'appendice d'après leurs caractères.....	47
CHAPITRE IV. — Pathogénie de l'appendicite.....	57
CONCLUSIONS.....	71
BIBLIOGRAPHIE.....	75

